رویش روان شناسی، سال۹ ، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۵۵، دی ۱۳۹۹
Rooyesh-e-Ravanshenasi,9(10), 2021

ترکیب مداخلات روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت و رویکرد دوازده‌قدم: تحلیلی بر روشی نوین برای کاهش وسوسه مصرف مواد

Combination of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Intervention and the Twelve Steps Approach: Analysis of a new method to reduce the drug-using temptation

همایون کافی هرناشکی
گروه روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
حسن احدی(نویسنده مسئول)
استاد، گروه روانشناسی،واحد کرج،دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
بیوک تاجری
استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی ، کرج، ایران.

Homayoun Kafi Hernashki
Department of psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.
Hasan Ahadi *
Professor, Department of Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karah, Iran.
drhahadi5@gmail.com
Biuok Tajeri
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj , Iran.

چکیده

اعتیاد به عنوان یک بیماری عودکننده، مخرب، آسیب‌زننده به خود، خانواده و جامعه با هزینه‌های بسیار، فرصت‌سوزی و سرکوب استعدادها همراه است. راه‌حل‌های درمانی متعددی برای اعتیاد طراحی شده است ولی یکی از اثربخش‌ترین و مهم‌ترین این روش‌ها، جلسات دوازده‌قدم یا پروتکل درمانی به‌کارگرفته شده در جلسات معتادان گمنام است که در سراسر دنیا استفاده می‌شود. با این وجود، این روش به‌تنهایی معمولا با کاستی‌هایی همراه بوده است. مشخص شده است که رویکرد دوازده‌قدم زمانی‌که به‌صورت همزمان با رویکردهای درمانی برای درمان اختلالات همزمان با سوءمصرف مانند مشکلات افسردگی و اضطراب همراه شود، اثربخشی بیشتری خواهد داشت. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت یکی از روش‌های درمانی تجربه‌ای و هیجان‌مدار است که اثربخشی و ماندگاری بالایی در کاهش افسردگی و اضطراب نشان داده است. این پژوهش به تحلیل مکانیسم اثربخشی مداخلات روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کنار رویکرد دوازده‌قدم بر کاهش علائم اعتیاد، کاهش وسوسه مصرف و کاهش دفاع‌های روانی منجر به اعتیاد می‌پردازد.

واژه‌های کلیدی: *رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه مدت، رویکرد دوازده‌قدم، وسوسه مواد.*

Abstract

Addiction as a recurrent, destructive, self-inflicted disorder inflicting harm on family and society comes at a high cost while wasting opportunities and suppressing talents. Several treatment options have been designed for addiction but one of the most effective and important methods used all over the world is the twelve-step program or the treatment protocol used in the meetings of anonymous addicts. However, this method alone has often been associated with shortcomings. It has been shown that the twelve-step approach will be more effective when combined with therapeutic approaches to treat comorbid disorders such as depression and anxiety. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy is an experiential and emotional therapy that has been shown to be highly effective and persistent in reducing depression and anxiety. This study analyzes the mechanism of effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapeutic interventions along with the twelve-step approach in reducing the symptoms of addiction, reducing the temptation to consume, and reducing the psychological defenses that lead to addiction.

Keywords: *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy, 12-Step Approach, Drug Temptatio.*

نوع مقاله : تحلیلی **دریافت : تیر ۹۹** **پذیرش: مرداد ۹۹** **ویرایش نهایی : دی ۹۹**

مقدمه

علائم اصلی بالینی اعتیاد شامل تمایل مضاعف و شدید برای مصرف مواد یا ولع مصرف، خودمهارگری مختل (تکانشگری و رفتارهای اجباری)، عدم تنظیم هیجانی (خلق منفی) و واکنش تشدیدشده به استرس است. این علائم با کاهش کارکرد قسمت قدامی کرتکس

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]

پیش‌پیشانی[1] و نواحی مجاور آن همراه است. اعتیاد به‌طور کلی با کاهش کارکرد شبکه خودمهارگری مغز که در برگیرنده این ناحیه است، مرتبط می‌شود (گلدیشتاین و ولکو[2]، ۲۰۱۱؛ تانگ[3] و همکاران، ۲۰۱۵). یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد که به موضوعی چالش‌برانگیز تبدیل شده است، بازگشت به مصرف مواد مخدر پس از دوره‌ای از قطع مصرف است. مطالعات متعدد شیوع بالای بازگشت به اعتیاد و درکنار آن آمار بالای بازگشت به مصرف مجدد مواد مخدر توسط معتادان پس از رهائی از زندان یا مراکز بازپروری را نشان می‌دهد (بتول[4] و همکاران، ۲۰۱۷). این موضوع، مساله اعتیاد را پیچیده‌تر و دشوارتر ساخته و موقعیت این مراکز را در هاله‌ای از ابهام قرار داده است.

راه‌حل‌های درمانی متعددی برای اعتیاد طراحی شده است ولی یکی از اثربخش‌ترین و مهم‌ترین این روش‌ها، جلسات دوازده‌قدم یا پروتکل درمانی به‌کار گرفته شده در جلسات معتادان گمنام[4] است که در سراسر دنیا استفاده می‌شود. این جلسات که بسیار کم‌هزینه، بلندمدت و حمایتی هستند با کار بر روی پذیرش، باورها، هیجانات، مسائل اجتماعی و معنویت، سبب کنترل مصرف و کاهش عود مصرف خواهند شد (تونیجان[5] و همکاران، ۲۰۱۰). با این‌وجود مشخص شده است که رویکرد دوازده‌قدم زمانی‌که به‌صورت همزمان با رویکردهای درمانی برای درمان اختلالات همزمان با سوءمصرف مانند افسردگی و تنظیم اضطراب همراه شود، اثربخشی بیشتری خواهد داشت (کلی و برگمن[6]، ۲۰۱۶). به همین دلیل، پژوهش حاضر به تحلیل به‌کارگیری همزمان یک روش درمانی دیگر در کنار رویکرد دوازده‌قدم جهت درمان اعتیاد، می‌پردازد.

اشتهای مصرف مواد یا وسوسه، یکی از دغدغه‌های اصلی درمانگران حوزه اعتیاد است که بسیاری از افرادی که تنها جلسات دوازده‌قدم را شرکت می‌کنند همچنان با آن درگیر خواهند بود. با توجه به اینکه سرکوب یک فکر دائما نیازمند تلاش برای درگیر بودن به آن فکر است (تانگ و همکاران، ۲۰۱۵)، بنابراین هر چقدر که فرد معتاد با فکر ترک کردن درگیر شود اتفاقا بیشتر به مواد فکر می‌کند و درنتیجه مصرف بیشتری دارد. از طرفی بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات سوءمصرف مواد، گزارش می‌کنند که مواد به نوعی سبب تسکین هیجانات منفی آنها می‌شود. بنابراین مصرف مواد، نمود یک واکنش دفاعی است که هنگام نزدیکی به تجارب هیجانی منفی، فعال می‌شود و مواد، نقش تسکین‌دهنده را ایفا می‌کند و به سیستم تنظیم هیجانی فرد معتاد کمک می‌کند. به اصطلاح این نکته که مواد مشکل نیستند؛ بلکه راه‌حل هستند، برخاسته از همین تحلیل است (خانتازیان[7]، ۲۰۱۲).

همزمانی اختلالات سوءمصرف مواد با اختلال شخصیت مرزی[8] مهر تائیدی بر این نکته است که عدم توانایی در تنظیم هیجانات منفی و به صورت دقیق‌تر، عدم ظرفیت برای تجربه عشق در مرحله خشم و تجربه خشم در مرحله عشق (تجربه احساسات آمیخته و احساس گناه) منجر به استفاده از مواد می‌شود (نیا[9]، ۲۰۱۸). عدم دسترسی به راهکارهای مناسب برای تنظیم هیجانی یا به عبارتی دیگر، عدم استفاده از مکانیسم‌های دفاعی پخته سبب می‌شود افراد گرایش به مواد پیدا کنند (دی پئورو، بنزی و مادئو[10]، ۲۰۱۵). فروید[11] نیز اعتیاد را تثبیت در مراحل اولیه رشد می‌دانست (فروید، ۱۹۵۷). بر این اساس، مکانیسم‌های دفاعی افراد دارای اعتیاد بدوی و بسیار ناپخته هستند. فرافکنی[12]، انکار[13] و دوپاره‌سازی[14] از اساسی‌ترین دفاع‌های بدوی در مراحل اولیه رشد هستند که افراد دارای اعتیاد نسبت به دیگر افراد به احتمال بیشتری با آنها درگیر هستند (قربانی، ۱۳۹۸). انکار وابستگی، عدم آگاهی ناشی از فرافکنی و درگیر شدن در روابط عاطفی آسیب‌زننده همگی نشان‌دهنده سلطه این مکانیسم‌ها در فرد دارای اعتیاد است. با این‌وجود، پژوهش مدونی در خارج یا داخل کشور وجود ندارد که مستقیما به تحلیل اثربخشی درمان‌های متمرکز بر دفاع‌ها مانند روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت[1] درکنار رویکرد دوازده‌قدم

---

1 . Prefrontal Cortex
2. Goldstein, & Volkow
3 . Tang
4 . Narcotics Anonymous
5 . Tonigan
6. Kelly & Bergman
7 . Khantzian
8. Borderline Personality Disorder
9 . Nia
10 . Di Pierro, Benzi, & Madeddu
11. Freud
12. Projection
13. denial
14. Splitting

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]

بپردازد. پژوهش حاضر از این‌جهت، منحصربه‌فرد است. در ادامه محدودیت‌های به‌کارگیری رویکرد دوازده‌قدم به‌تنهایی و نحوه اثربخشی رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کنار رویکرد دوازده‌قدم تحلیل و وارسی می‌شود.

رویکرد دوازده‌قدم و اعتیاد: اثربخشی و محدودیت‌ها

این رویکرد در انجمن معتادان گمنام[1] به‌کار گرفته شده است. معتادان گمنام یک منبع یا یک سازمان غیرانتفاعی بین‌المللی متشکل از معتادان در حال بهبودی است که به شکل محلی و منطقه‌ای در بیش از ۶۰ کشور جهان مشغول به فعالیت است. اعضای انجمن به صورت منظم گرد هم جمع می‌شوند تا درباره تجربیاتشان در بهبودی، بحث و گفت‌وگو کنند. تمرکز رویکرد دوازده‌قدم بر روی پذیرش بیماری است و مبانی آن را پذیرش تشخیص، پذیرش نیاز به وابستگی، پذیرش اینکه فرد به تنهایی قادر به کنترل شرایط نیست، پذیرش نیروی برتر، رسیدن به مرحله ترک در یک روز، پذیرش ساختار برنامه درمانی و افزایش ارزش خود تشکیل می‌دهد (کلی[2] و همکاران، ۲۰۱۶).

مبنای برنامه معتادان گمنام، قدمهای دوازده‌گانه است. این قدم‌ها مجموعه‌ای از رهنمون‌هایی برای دستیابی عملی به بهبودی است. در قدم‌های دوازده‌گانه، هدف، دعوت از اعضا برای پیمودن مسیر بازیابی است. سنت‌های دوازده‌قدم ناظر به طرز کار و اهداف انجمن است که برای یکایک اعضا قابل استفاده است (وایت، بودنیک و پیکارد[3]، ۲۰۱۱). در جدول یک، قدم‌های جلسات دوازده‌قدم که اثربخشی آنها براساس پژوهش‌های بین فرهنگی در ایران و آمریکا تائید شده است بیان شده است (گلانتر، وایت و هانتر[4]، ۲۰۱۹).

جدول۱. قدم‌های جلسات دوازده‌قدم

قدم اول	ما اقرار کردیم که در مقابل اعتیادمان عاجز بودیم که زندگیمان آشفته گردیده بود.
قدم دوم	ما به این باور رسیدیم که نیروی برتر از خودمان می‌تواند سلامت عقل را به ما برگرداند.
قدم سوم	ما تصمیم گرفتیم که اراده و زندگی خود را به خداوند، بدان گونه که او را درک می‌کردیم، بسپاریم.
قدم چهارم	ما یک ترازنامه اخلاقی بی‌باکانه و جستوجوگرانه از خود تهیه کردیم.
قدم پنجم	ما چگونگی دقیق خطاهای خود را به خداوند، به خودمان و به یک انسان دیگر اقرار کردیم.
قدم ششم	ما کاملاً آماده شدیم که خداوند تمام این نواقص شخصیتی‌مان را برطرف کند.
قدم هفتم	ما با فروتنی از او خواستیم که کمبودهای اخلاقیمان را برطرف کند.
قدم هشتم	ما فهرستی از تمام کسانی که آزار داده بودیم، تهیه کردیم و خواستار شدیم که از تمام آنها جبران خسارت کنیم.
قدم نهم	ما به طور مستقیم، در هرجا که امکان داشت از افرادی که به آنها آزار رسانده بودیم، جبران خسارت کردیم، مگر در مواردی که اجرای این امر به ایشان و یا دیگران زیان وارد نماید.
قدم دهم	ما به تهیه ترازنامه شخصی خود ادامه دادیم و هرگاه در اشتباه بودیم، سریعاً به آن اقرار نمودیم.
قدم یازدهم	ما از راه دعا و مراقبه جویای بهتر نمودن رابطه آگاهانه خود با خداوند بدان گونه که او را درک می‌کردیم، شدیم و دعا کردیم فقط برای آگاهی از اراده او برای خودمان و قدرتی که آنرا به انجام رسانیم.
قدم دوازدهم	ما با یک بیداری روحانی که در نتیجه این قدم‌ها یافتیم، سعی نمودیم این پیام را به معتادان برسانیم و این اصول را در تمام امور خود به اجرا درآوردیم.

در یک پژوهش که به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی با روش دوازده‌قدم بر میزان پایداری در بهبودی، کیفیت زندگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال مصرف هروئین می‌پرداخت، مشخص شد که گروه‌درمانی با روش دوازده‌قدم می‌تواند به عنوان یک رویکرد موثر به‌کارگرفته شود (شیرازی تهرانی و مظاهری، ۱۳۹۷). در یک پژوهش دیگر که با هدف بررسی میزان اثربخشی برنامه‌های انجمن معتادان گمنام بر گرایش به مواد مخدر اجرا شد، مشخص‌گردید که مشارکت در جلسات و برنامه بهبودی دوازده‌قدمی معتادان گمنام در تغییر نگرش و

[1] . Narcotics Anonymous
[2] .Kelly
[3]. White, Budnick, & Pickard
[4]. Galanter, White, & Hunter

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]

بهبود اعضای آن مؤثر بوده است (علیوردی‌نیا، ۱۳۸۷). یک پژوهش طولی نشان داد که حمایت اجتماعی ناشی از جلسات الکلی‌های گمنام[۱] نقش واسطه‌ای در ترک مواد دارد (کاسکوتس، باند و هامفریس[۲]، ۲۰۰۲). در یک مطالعه مروری سیستماتیک، بیج[۳] و همکاران (۲۰۱۷) نشان‌دادند که جلسات دوازده‌قدم بهتر یا بدتر از درمان‌های پیشنهادی دیگر برای ترک مواد نیستند به‌همین دلیل می‌توانند بجای این درمان‌ها به‌کار گرفته شوند. یک فراتحلیل جدید برگرفته از ده‌ها پژوهش که به اثربخشی رویکرد دوازده‌قدم در مقایسه با درمان شناختی رفتاری[۴] می‌پرداخت، نشان داد که رویکرد دوازده‌قدم اثربخشی بیشتری نسبت به درمان‌های شناختی‌رفتاری نشان می‌دهد و با توجه به این اثربخشی و هزینه پایین رویکرد دوازده‌قدم، این درمان در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری توصیه می‌شود (کلی، هامفری و فری[۵]، ۲۰۲۰).

با این وجود، پژوهش‌های اخیر نشان داده است که این روش محدودیت‌هایی دارد و زمانی‌که در کنار یک رویکرد درمانی مدون و علمی به کار گرفته شود، اثربخشی بالاتری دارد (گالانتر، ۲۰۱۸). در این مقاله برای تشخیص محدودیت‌های رویکرد دوازده‌قدم ابتدا علت اثربخشی آن تحلیل می‌شود. فضای گروهی دوازده‌قدم، محیطی را جهت لمس احساس تعلق و صمیمیت، که یکی از نیازهای بنیادین آدمی است و معمولا در افراد دارای اعتیاد به دلیل مشکلات خانوادگی خدشه‌دار شده‌است، فراهم می‌کند. فضای گروهی که در آن اعضا باهم برابرند و یکدیگر را به صورت نامشروط درک می‌کنند. با توجه به الگوی وابستگی و لذت‌جویی افراد داری اعتیاد، این الگوی وابستگی و لذت‌جویی از طریق فضای گروهی دوازده‌قدم ارضا می‌شود، در حالیکه این ارضای لذت‌جویی قبلا از طریق روشی مخرب و با مصرف مواد به صورت فردی یا گروهی انجام می‌شد (لابله و ادلشتین[۶]، ۲۰۱۸). بر اساس نظریه روابط موضوعی[۷]، زمانیکه الگوی وابستگی از موضوع مخرب به یک موضوع مثبت و سازنده تبدیل شود، روند تخریب‌گری فرد هم کمتر خواهد شد ولی الگوی وابستگی همچنان در او باقی می‌ماند (تایپل[۸]، ۲۰۱۷). به همین دلیل، معمولا زمانی‌که روند پیگیری جلسات در فرد پاک، ترک شود، معمولا لغزش اتفاق می‌افتد و دوباره تصمیم به ادامه جلسات خواهدگرفت و این ممکن است روندی از مصرف و ترک را در فرد ایجاد کند که شباهت به الگوی ترک و حضور در جلسات دوازده‌قدم را دارد. این مسئله نشان می‌دهد دوازده‌قدم به تنهایی قادر به از بین بردن هیجانات مخرب یا تجربه ناهشیار هیجانات مبتنی بر وابستگی ناسالم در افراد نمی‌شود و هر لحظه بعد از ترک جلسات، احتمال لغزش و مصرف مجدد وجود خواهد داشت.

به غیر از تعلق گروهی و نزدیکی هیجانی اعضا، پروتکل اجرای دوازده‌قدم نیز در روند ترک موثر است. تاکید روی پذیرش اعتیاد و تواضع، خلوص و پاکی روانی را در افراد ایجاد می‌کند که سبب می‌شود به قدرتی بیشتر از قدرت مواد متصل باشند و وسوسه مصرف را از طریق این احساس درونی ارزش خود، کمتر کنند. مراحلی از دوازده‌قدم مانند طلب بخشش و آمرزش با احساس گناه و وضعیت روانشناختی افراد مربوط می‌شود. با این وجود، معمولا افرادی که مواد را ترک کرده‌اند، همچنان با احساس گناه سالم سرکوب‌شده از آسیب‌زدن به خود و دیگران و احساس گناه ناسالم و تنبیه خود مانند مقصرپنداری خویش برای هر مسئله کاری یا زناشویی درگیر هستند (متئو، دائر و اسنوک[۹]، ۲۰۱۷). سرکوب احساس گناه سالم منجر به عدم پذیرش مسئولیت آسیب زدن به خود و دیگران می‌شود و هر لحظه احتمال بازگشت به دوران مصرف را بالا می‌برد و احساس گناه ناسالم منجر به زندگی کردن تحت سلطه دیگران و اطرافیان خواهد شد و ارزش خود این افراد را خدشه‌دار می‌کند و به دنبال آن، این افراد ممکن است دوباره بخواهند ارزش خود پایمال‌شده را از طریق مصرف مواد بالا ببرند. بنابراین اجرای پروتکل دوازده‌قدم توسط یک فرد غیردرمانگر یا غیر روانشناس یا بدون مداخلات متمرکز بر احساس گناه مانند رواندرمانی پویشی، ممکن است با کاستی‌های همراه شود که به بالا بردن وسوسه مصرف منجر شود یا احتمال بازگشت به دوران مصرف را بیشتر کند.

به عنوان مثال، فردی دارای اعتیاد را تصور کنید که به برادر بزرگتر خود در دوران نوجوانی آسیب جسمانی زده است. این فرد در قدم‌های درمانی دوازده‌قدم، با برادر خود تماس می‌گیرد و از برادرش بابت اینکه به او آسیب زده است، عذرخواهی می‌کند ولی روند ارتباطی خود با برادر (تحت سلطه او قرارگرفتن و تحقیر شدن) حفظ می‌شود و این الگوی مخرب در همه روابط بیمار تکرار خواهد شد و به دلیل

---

1 . Alcoholics Anonymous
2. Kaskutas, Bond, & Humphreys
3. Bøg
4 . Cognitive Behavioral Therapy
5. Kelly, Humphreys, & Ferri
6. LaBelle, & Edelstein
7. Object Relation Theory
8. Taipale
9 . Matthews, Dwyer, & Snoek

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]

ارزش خود پایمال شده در روابط، هر لحظه احتمال لغزش او و مصرف مجدد وجود خواهد داشت. حال همین فرد را در نظر بگیرید که از رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بهره می‌گیرد. این فرد در نزد درمانگر متوجه می‌شود که برادر بزرگتر او همواره او را در جمع دوستانش تحقیر کرده است و او از این بابت از برادرش عصبانی بوده است. به‌همین دلیل، این انباشت خشم شدید و عدم قدرت کنترل خود، منجر به آسیب زدن جسمانی به برادر شده است. این فرد متوجه می‌شود که هم‌اکنون نیز تحت سلطه برادر خویش قرار دارد و دائم، برادر به صورت کلامی او را تحقیر می‌کند و این فرد، الگوی مخرب را براساس نظریه روانپویشی در همه روابط تکرار کرده است و با دوستانی ارتباط دارد که او را تحقیر می‌کنند. در اینجا، این فرد، خشم فروخورده به برادر و احساس گناه سالم از آسیب زدن به خود و برادر را در ذهن خویش تجربه می‌کند؛ در این هنگام، حتی اگر از برادر هم طلب بخشش نکند، فاصله روانی را از او حفظ می‌کند، الگوی مخرب روابط منجر به تحقیر را از بین می‌برد و دیگر خودش را تحت سلطه برادر قرار نمی‌دهد. در اینجا درمان اصیل احساس گناه حتی بدون طلب بخشش از برادر سلطه‌گر رخ می‌دهد.

رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت

از بین درمان‌های مدون روانپویشی که مستقیما دفاع‌های ناسالم و بدوی مانند انکار، فرافکنی و دوپاره‌سازی را هدف قرار دهد می‌توان به رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت اشاره کرد (قربانی، ۱۳۹۸). مثلث روابط[۱] و مثلث تعارض[۲]، اساس کار این درمان را شکل می‌دهد (دوانلو[۳]، ۲۰۰۱)، مثلث تعارض به عوامل درونی مشکل شامل احساس، اضطراب و دفاع اشاره دارد و مثلث روابط به بافت و عوامل بین‌فردی مانند روابط گذشته، روابط حال و رابطه با درمانگر می‌پردازد. توجه به اضطراب و دفاع سبب فعال شدن ظرفیت خودمهارگری[۴] فرد بیمار و تنظیم هیجانی او خواهد شد که می‌توان اثر آنرا در کاهش مکانیسم‌های دفاعی و کاهش ولع مصرف دید. همچنین اساس درمان از طریق بازسازی مثلث تعارض (سیر توالی احساس، اضطراب و دفاع) در قالب مثلث روابط خصوصاً رابطه بیمار با درمانگر در جلسه درمانی سبب بیدار شدن احساسات سرکوب‌شده بیمار نسبت به والدین این بار در بافت درمانی و به صورت آگاهانه نسبت به درمانگر تجربه، پردازش و نام‌گذاری می‌شوند، تجربه هیجانات منجر به خنثی شدن دفاع‌ها و رهایی از رنج خودساخته می‌شود. رنج خودساخته نتیجه وجدان بیماری است که سوخت آن احساس گناه ناهشیار فرد و تمایل به قربانی شدن و مقاومت است. به عبارتی دیگر، الگوهای مخرب تنظیم هیجان (مثلث تعارض) که ریشه در ارتباطات گذشته بیمار دارد در قالب رابطه با درمانگر زنده خواهد شد (مثلث شخص) و درمانگر با مداخلات متمرکز بر تجربه اینجا و اکنون، بیمار را به روند تنظیم هیجان مخرب هشیار می‌کند.

این درمان بسیار مدون و با نتایج موثری همراه است. در یک مطالعه اثربخشی، عباس [۵] و همکاران (۲۰۱۴) نتایج اصلی شامل ۳۳ پژوهش روان‌پویشی‌کوتاه‌مدت، با اختلالات شایع روانی را مورد تحلیل قرار دادند. این پژوهش‌ها، تاثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت را در نتایج اولیه مطالعات مروری (شامل اختلالات عمومی، اضطرابی، و کاهش علام افسردگی) و همچنین مشکلات بین‌فردی و سازگاری اجتماعی ارزیابی کردند. به جز ارزیابی‌های بدنی‌سازی[۶] در کوتاه‌مدت، همه طبقه‌بندی‌ها، نتایج پیشرفت معنی‌دار و بزرگی در درمان را در مقایسه با گروه کنترل کوتاه‌مدت و میان‌مدت نشان دادند. در آخرین مطالعات اثربخشی رواندرمانی پوبشی فشرده‌کوتاه‌مدت، عباس و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که این درمان با اثربخشی بسیار بالایی در کاهش اختلالات کارکردی بدنی شکل[۷] همراه است. این درمان با هشیارسازی فرد به بدن خود و شناخت حالت‌های بدنی هیجانات، از سرکوب هیجانی جلوگیری می‌کند.

هفت‌مرحله مداخلات درمانی رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت شامل پرسش در خصوص مشکل، فشار[۸]، چالش[۹]، مقاومت انتقالی[۱۰]، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی در ناهشیار است (قربانی، ۱۳۸۲). این مراحل بایستی با احتیاط و توسط درمانگر متخصص در حوزه اعتیاد، برای افراد دارای اعتیاد به‌کار گرفته شود.

Triangle of Person [1].
Triangle of Conflict [2].
[3]. Davanloo
[4]. Self-Control
[5]. Abbas
Somatization [6].
[7].Functional Somatic Disorders
[8]. Pressure
[9] . Challenging
[10] . Transference Resistance

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]

رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و اعتیاد

در مورد به‌کارگیری رویکرد درمانی فشرده کوتاه‌مدت برای درمان بیماران دارای اعتیاد، همواره ملاحظاتی بوده است. افراد دارای اعتیاد اگر تحت‌تاثیر مواد قرارگرفته باشند، با هیجانات کاذب وارد جلسه درمانی خواهند شد و در نتیجه مداخلات متمرکز بر هیجان برایشان مفید نخواهد بود. ضمنا شخصیت افراد دارای اعتیاد معمولا شکننده[1] است و مداخلات درمانی مستقیم روانپویشی باید به ظرافت و به آرامی و در فضای حمایتی برای درمان این افراد، به‌کار گرفته شوند (گلانتر، کلبر و بردی[2]، ۲۰۱۴). به همین دلیل پژوهش‌های اندکی در زمینه به کارگیری این درمان وجود دارد. با این‌وجود، فردریکسون[3] و همکاران (۲۰۱۹) در یک مطالعه پایلوت[4] با ارزیابی‌های بلندمدت درمانی چهل و دو بیمار دارای اعتیاد در طول شش ماه نشان دادند که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تا سه‌برابر کمتر دچار اختلالات روانی همزمان با سوءمصرف مواد خواهند شد. آنهاتشخیص دادند که رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت با تمرکز بر تنظیم اضطراب، بازشناسی هیجانات[5]، مدیریت ترس و از بین بردن دفاع فرافکنی که برای درمان اختلالات شخصیت به‌کار گرفته می‌شوند، می‌تواند منجر به کاهش سوءمصرف مواد شود.

جهت درمان افراد معتاد آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجانی و تنظیم اشتهای مصرف به آنها کمک می‌کند (کوبر و بولینگ[6]، ۲۰۱۴). به همین دلیل، رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به‌عنوان یک درمان تجربه‌ای و هیجان‌مدار، می‌تواند ظرفیت تنظیم هیجانی را در این افراد بالا ببرد. در مطالعه دیپیرو[7] و همکاران (۲۰۱۴) مشخص شد بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات سوءمصرف مواد گزارش می‌کنند که مواد به نوعی سبب تسکین هیجانات منفی آنها می‌شود. بنابراین مصرف مواد نمود یک واکنش دفاعی است که هنگام نزدیکی به تجارب هیجانی منفی فعال می‌شود و مواد در اینجا نقش تسکین‌دهنده را ایفا می‌کند و به سیستم تنظیم هیجانی فرد معتاد کمک می‌کند. در این پژوهش مشخص شد که در افراد دارای اعتیاد به ترتیب اختلالات شخصیت ضداجتماعی[8]، مرزی و خودشیفته[9] بیشتر است و محدودیت بالای دسترسی به مکانیزم‌های تنظیم هیجانی با استفاده بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته همراه بود و عدم به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی پخته با اختلالات مصرف مواد همراه شد.

مداخلات رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت می‌تواند به طور مستقیم دفاع، هیجان یا اضطراب را هدف قرار دهند. به عنوان مثال، فردی که وسوسه مصرف را انکار می‌کند در حالیکه استفاده از دفاع انکار برای فرار از اضطراب هیجان ناخوشایندی است که وسوسه مصرف و اعتیاد به او می‌دهد. این هیجانات شامل غم، گناه یا خشم است. به عنوان مثال، فردی که وسوسه را بپذیرد به دنبال آن، غم از دست دادن فرصت‌هایی که در جنگ با این وسوسه از دست می‌دهد را تجربه خواهد کرد یا خشم به مواد را بابت اینکه سبب ایجاد ولع مصرف شده‌اند، حس خواهدکرد. همچنین گناه آسیب زدن به خود، سبب ایجاد حس مسئولیت در او خواهد شد. تجربه هیجانات آمیخته و معنا دادن به آنها به خودی خود، سبب تنظیم هیجانات خواهد شد و وسوسه مصرف برای تنظیم این هیجانات از طریق مواد را کاهش خواهد داد. به‌عبارتی دیگر، روان‌درمانی پویشی، نیاز فرد معتاد به منبع بیرونی را در تنظیم هیجانات که سبب وابستگی ناسالم می‌شود، از بین خواهد برد و فرد را در تجربه و تنظیم هیجان، غیروابسته، مستقل و آزاد خواهد کرد.

همچنین بیدار شدن هیجانات سرکوب‌شده در رابطه با درمانگر، به بیمار کمک می‌کند الگوهای مخرب خود در تنظیم هیجان را که توسط فرهنگ، خانواده و والدین درونی شده است، کشف و از طریق مداخلات درمانگر که متمرکز بر رابطه انتقالی است، این الگوها را اصلاح و ترمیم کند و درمانگر به بیمار کمک خواهد کرد تا سبک خودش در تنظیم هیجان را بسازد تا اینکه الگوهای از کارافتاده خانواده را دنبال کند.

---

1. Fragile
2. Kleber, & Brady
3. Frederickson
4. Pilot study
5. Emotion Recognition
6. Kober, & Bolling
7. Di Pierro
8. Antisocial Personality Disorder
9. Narsisitic

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با تحلیل نحوه اثربخشی رویکرددوازده‌قدم پیشنهاد می‌کند که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در کنار رویکرد دوازده‌قدم، الگوی جدیدی از درمانهای متمرکز بر ترک مواد را می‌سازد که در آن تعلق گروهی، پذیرش و معنویت در کنار خودشناسی قرار می‌گیرد. به عبارتی دیگر، اگر جلسات دوازده‌قدم خودمهارگری را در فرد دارای اعتیاد تقویت می‌کند، جلسات رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت، ظرفیتی از خودشناسی ایجاد می‌کند و این دو خصیصه در کنار هم سبب حفظ روند ترک خواهد شد. همانطور که در پژوهش‌های پیشین بررسی شده بود، رویکرد دوازده‌قدم به تنهایی برای درمان اعتیاد کافی نیست و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت هر آن چیزی که جلسات دوازده‌قدم پوشش نمی‌دهد را دارا است. به عنوان مثال، تنظیم اضطراب، تمرکز روی دفاع‌های خودشیفته و ناپخته، بررسی روند شکل‌گیری خودآزاری از طریق احساس گناه، آموزش تنظیم هیجانی و شناسایی هیجانات، همگی در کنار هم، کاستی‌های رویکرد دوازده‌قدم را پوشش می‌دهند. همچنین خودآگاهی از طریق هشیار شدن ناهشیار برای فرد دارای اعتیاد، لذتی ورای لذت مصرف را می‌سازد. زمانیکه فردی از روند خودآزاری خویش آگاه شود، توقف این روند در او سرزندگی و شادی ایجاد می‌کند که به مراتب از لذت مصرف بیشتر است. به همین دلیل، وسوسه مصرف در این افراد به شدت کاهش پیدا خواهد کرد و تبدیل به شور و هیجان خودشناسی و خودآگاهی از فرآیندهای ناهشیار خویش خواهد شد.

با این وجود به کارگیری رواندرمانی پویشی در کنار رویکرد دوازده‌قدم دشواری‌ها و محدودیت‌هایی دارد. یکی از موانع درمان، شکل‌گیری انتقال متقابل[1] است که روند درمان را مختل خواهدکرد. این روند در جلسات دوازده‌قدم در شکل‌گیری رابطه مرید و مرادی با راهنما ممکن است رخ دهد و سبب می‌شود فرد دارای اعتیاد به درمانگر یا راهنما وابسته شود و نتواند در تنظیم هیجانی مستقل شود. دومین مانع عدم بهشیاری[2] درمانگر است. با توجه به سرعت بالای افکار و احساسات فرد دارای اعتیاد، درمانگر بایستی بهشیاری بالایی در تشخیص روند هیجان، اضطراب و دفاع بیمار به‌کار بگیرد. یکی دیگر از موانع به‌کارگیری این روش، عدم اطلاعات درمانگر پویشی از بیماری اعتیاد است. یکی از راه‌حل‌های رفع این موانع این است که درمان از طریق فرد متخصص رواندرمانی صورت گیرد که یا خودش زمانی درگیر اعتیاد بوده است و تجربه مصرف را داشته است و یا با شرکت در جلسات دوازده‌قدم، از روند و مسیر زندگی این افراد آگاه شده است. همچنین مطالعات تخصصی در زمینه بیماری اعتیاد می‌تواند به این درمانگر کمک شایانی کند.

جهت بهبود اثربخشی مداخلات رواندرمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در کنار دوازده‌قدم می‌توان مواردی را که در ادامه ذکر می‌شود، در نظر گرفت. درمانگر توضیحات بیمار در مورد علت مصرف را به راحتی نپذیرد چرا که معمولا افراد دارای اعتیاد، مصرف کردن را توجیه می‌کنند. درمانگر جلسه را طوری پیش نبرد که گویا تاویل‌هایش بدون نقص است و هیچ امکان دیگری وجود ندارد، چون این روش منجربه ایده‌آل‌سازی درمانگر خواهد شد و به زودی منجر به بی‌ارزش‌سازی او از جانب فرد دارای اعتیاد هم خواهد شد. درمانگر به دلیل اعتیاد بیمار، به او بی‌توجهی نکند و سعی کند احترامی که هر انسانی شایسته آن است را برای او قائل شود. درمانگر مراقبت کند که نه خیلی درگیر بیمار شود و نه خیلی از او فاصله هیجانی بگیرد. همواره تلاش کند تا روند دلبستگی بیمار به خودش را سالم نگه دارد. درمانگر سعی کند با راهنمای جلسات دوازده‌قدم بیمار هماهنگ شود و هر جایی که لازم است انعطاف به خرج دهد و مداخلات خود را متناسب با وضعیت درونی فرد و وسوسه‌های او که معمولا راهنما در جریان آنها است، تغییر دهد.

منابع

حیدری نسب، ل و شعیری، م (۱۳۹۰) ساخت عاملی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های غیربالینی ایرانی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶ (۲۱)، ۹۷-۷۷.

شیرازی تهرانی، ع و مظاهری، ف. (۱۳۹۷). اثر بخشی گروه درمانی با روش دوازده‌قدم (ان ای) بر میزان پایداری در بهبودی، کیفیت زندگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال مصرف هروئین. هفتمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران.

علیوردی‌نیا، اکبر (۱۳۸۷). تبیین جامعه شناختی دستگیری‌های مرتبط با مواد مخدر مطالعه ی موردی استان مازندران. *مجله رفاه اجتماعی*، ۲۸، ۲۸۵-۳۰۸.

فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۸). *آزمون های روان شناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: انتشارات بعثت.

قربانی، ن. (۱۳۹۸). *از خط تا مثلث تعارض*. تهران: نشر بینش نو.

[1] .Counter transference
[2] . Mindfulness

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]

قربانی، ن. (۱۳۸۲). *روان درمانگری پویشی فشرده و کوتاه مدت*. تهران: انتشارات سمت.

Abbass, A., Kisely, S. & Kroenke, K (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265-274.

Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., ... & De Meulemeester, C. (2020). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*,19, 1-8.

Asensio, S., Romero, M. J., Palau, C., Sanchez, A., Senabre, I., Morales, J. L., ... & Romero, F. J. (2010). Altered neural response of the appetitive emotional system in cocaine addiction: an fMRI Study. *Addiction biology*, 15(4), 504-516.

Batool, S., Manzoor, I., Hassnain, S., Bajwa, A., Abbas, M., Mahmood, M., & Sohail, H. (2017). Pattern of addiction and its relapse among habitual drug abusers in Lahore, Pakistan. *EMHJ*, 23(3), 168-72.

Bøg, M., Filges, T., Brännström, L., Jørgensen, A. M. K., & Fredrikksson, M. K. (2017). 12-step programs for reducing illicit drug use. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1-149.

Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorders. *International Journal of shor Term Psychotherapy*, 10, 121-156.

Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*, 2, 25-70.

Di Pierro, R., Benzi, I. M. A., & Madeddu, F. (2015). Difficulties in Emotion Regulation Among Inpatient with Substance Use Disorder: The Mediating Effect of Mature Defenses Mechanism. *Clinical neuropsychiatry*, (4).83-89.

Frederickson, J., DenDooven, B., Abbass, A., Solbakken, O. A., & Rousmaniere, T. (2018). Pilot study: An inpatient drug rehabilitation program based on intensive short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Addictive Diseases*, 37(3-4), 195-201.

Freud, S. (1957). On narcissism: An introduction. In The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works (pp. 67-102).

Galanter, M. (2018). Combining medically assisted treatment and twelve-step programming: A perspective and review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 44(2), 151-159.

Galanter, M., Kleber, H. D., & Brady, K. (Eds.). (2014). The *American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment*. American Psychiatric Pub.

Galanter, M., White, W. L., & Hunter, B. D. (2019). Cross-cultural applicability of the 12-Step model: A comparison of Narcotics Anonymous in the USA and Iran. *Journal of Addiction Medicine*, 13(6), 493–499.

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature reviews neuroscience*, 12(11), 652–669.

Halim, M. A., & Sabri, F. (2013). Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1829-1837.

Kaskutas, L. A., Bond, J., & Humphreys, K. (2002). Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Addiction*, 97(7), 891-900.

Kelly, J. F., & Bergman, B. G. (2016). *Twelve-step mutual-help organizations and facilitation interventions*. In W. Mistral (Ed.), Integrated approaches to drug and alcohol problems: Action on addiction (pp. 169-181). London, UK: Routledge.

Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, 1465-1858.

Kelly, J.F., Yeterian, J.D., Cristello, J.V., Kaminer, Y., Kahler, C.W. & Timko, C. (2016) Developing and testing twelve-step facilitation for adolescents with substance use disorder: manual development and preliminary outcomes. *Subst Abuse*, 10, 55–64.

Khantzian, E. J. (2012). Reflections on treating addictive disorders: A psychodynamic perspective. *The American journal on addictions*, 21(3), 274-279.

Kober, H., & Bolling, D. (2014). Emotion regulation in substance use disorders. Handbook of emotion regulation, 2, 428-460.

Koob, G. F., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2013). Reward, motivation, and addiction. In Fundamental neuroscience (pp. 871-898). Academic Press.

LaBelle, O. P., & Edelstein, R. S. (2018). Gratitude, insecure attachment, and positive outcomes among 12-step recovery program participants. *Addiction Research & Theory*, 26(2), 123-132.

Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and self-stigma in addiction. *Journal of bioethical inquiry*, 14(2), 275-286.

Nia, A. B. (2018). Opioid addiction and borderline personality disorder. *The American journal on addictions*, 27(1), 54-55.

Pereiro, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M., Becoña, E., & COPSIAD Group. (2013). Psychiatric comorbidity in patients from the addictive disorders assistance units of Galicia*: The COPSIAD study*, 8(6), 1-8.

Posner, M. I., Tang, Y. Y., & Lynch, G. (2014). Mechanisms of white matter change induced by meditation training. *Frontiers in psychology*, 5 (10), 1-4.

Sala, M. N., Testa, S., Pons, F., & Molina, P. (2015). Emotion regulation and defense mechanisms. *Journal of Individual Differences*. 36, 19-29.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]

Taipale, J. (2017). Controlling the uncontrollable. Self-regulation and the dynamics of addiction. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 40(1), 29-42.

Tang, Y.Y., Posner, M.I., Rothbart, M.K., Volkow, N.D., 2015. Circuitry ofself-control and its role in reducing addiction. *Trends in Cognitive Sciences*, 19, 439–444.

Tonigan, J. S., Book, S. W., Pagano, M. E., Randall, P. K., Smith, J. P., & Randall, C. L. (2010). 12-Step therapy and women with and without social phobia: A study of the effectiveness of 12-step therapy to facilitate Alcoholics Anonymous engagement. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(2), 151-162.

White, W., Budnick, C., & Pickard, B. (2011). Narcotics Anonymous: Its history and culture. *Counselor*, 12(2), 10-15.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.10.1]